Figueroa, R.

"Algo sobre las uretritis"

RODULFO FIGUEROA

TESIS

SEPTIEMBRE DE 1894

Diss. Guatemala

Figueroa

Introducción.

Sin pretensiones de ninguna clase, presento este humilde trabajo á la ilustrada consideración de la honorable Junta Directiva. De buena gana hubiera deseado escribir algo nuevo y original, pero ya que ni las aptitudes que poseo, ni los elementos de que dispuse me permitieron contribuir al ensanche de nuestros conocimientos médicos nacionales, me he conformado con lo que buenamente he podido hacer.

El móvil que á escribir esta tesis me ha guiado, es el de vulgarizar entre mis compañeros el conocimiento de las uretritis en general, sobre todo las crónicas, y darles á conocer los últimos procedimientos que para su curación se han ideado. Como podrán ver en las páginas que siguen, se ha efectuado una revolución científica en lo que á las enfermedades génito-urinarias concierne, y las ideas actuales que rigen en este sentido, en nada se parecen á las que anteriormente reinaban.

Para cumplir mejor ese objeto, he dividido mi trabajo en tres partes: en la primera trato, á grandes rasgos, la blenorragia aguda, y me detengo en el estudio del microbio de Neisser; en la segunda me ocupo de las uretritis crónicas, y la tercera la

dedico á dilucidar la cuestión de si las uretritis crónicas son contagiosas, y las condiciones que el médico debe exigirle á un antiguo blenorrágico para que pueda contraer matrimonio.

Séame permitido, antes de entrar en materia, dar aquí las más expresivas gracias á mi maestro el Dr. Ortega, pues á indicaciones suyas debo lo poco bueno que en este trabajo se encuentre. En el 2º Servicio de Cirugía del Hospital General, lleva él diariamente á la práctica todas las ideas que aquí expongo. Creo, pues, que esta tesis no sea del todo inútil en manos de mis compañeros, pues en ella encontrarán condensadas las brillantes lecciones del maestro.

Primera Parte.

BLENORRAGIA, SU HISTORIA, SU NATURALEZA.—La blenorragia es la inflamación aguda del canal de la uretra. Este nombre fué creado por Swediaur á fines del siglo pasado. Antes de él la inflamación del canal de la uretra era designada por el síntoma predominante, el dolor, bajo las denominaciones de *passio*, *calefactio*, *ardor de orina*, etc., ó con la palabra *gonorrea*, basándose en el aspecto del flujo tan parecido al de la esperma.

Con el término *blenorragia*, flujo de mucus, creó también Swediaur la palabra *blenorrea*. Estas denominaciones determinaron perfectamente los dos estados morbosos (agudo y crónico) tan característicos de la uretra: blenorragia (*mucifluxus activus* ó flujo acompañado de síntomas flogísticos) y blenorrea (*mucifluxus passivus* ó flujo privado de síntomas flogísticos).

En el tecnicismo actual todavía se usa la palabra blenorragia, pero el término blenorrea ha sido abandonado y sustituido por el de *uretritis crónica*. De manera que en el curso de este incorrecto trabajo, esa última denominación será la que me sirva para designar la inflamación crónica del canal de la uretra.

A principios del siglo, la blenorragia era considerada como el producto de un virus: el sifilítico. Hunter contribuyó en gran parte á sostener esa creencia, porque inoculando directamente sobre

el glande pus blenorrágico, vió desenvolverse accidentes sifilíticos.

Más tarde Broussais revolucionó la ciencia con su teoría de la inflamación. Naturalmente las ideas sobre la blenorragia cambiaron en este sentido. Según la nueva escuela, ya no habían ni enfermedades generales ni virulentas, sino inflamaciones locales que, gracias á las simpatías orgánicas, podían tener eco sobre tal ó cual órgano.

En este estado de confunsión aparece el gran Ricord, quien con su exquisito tacto clínico demuestra claramente que la blenorragia y la sífilis eran dos enfermedades distintas, que nunca la blenorragia era seguida de accidentes sifilíticos, y que la famosa experiencia de Hunter se explicaba por la inoculación del producto de un chancro sifilítico de la uretra, que designaba con el nombre de *chancro larvado.*

Al separar Ricord la blenorragia de la sífilis le quitó naturalmente á la primera el principio virulento y le atribuyó como origen (lo mismo que Broussais) una simple inflamación de la mucosa uretral, inflamación que podía desenvolverse por causas variadas. De allí su famosa receta para atrapar una purgación (1), que resume en pocas

(1) ¿Queréis, dice, adquirir una purgación? He aquí el medio: tomad una mujer linfática y pálida, rubia mejor que morena, tan fuertemente leucorréica como podais encontrarla. Comed con ella, comenzando con ostras y acabando con espárragos; bebed bastante: vino blanco, champagne, pus, café, todo será bueno; bailad hasta donde podais y haced bailar á vuestra compañera, esforzándoos en tomar mucha cerveza durante la velada. Al acostaros conducíos valientemente: dos ó tres veces no es mucho, mejor si es más. A la mañana siguiente no os olvideis de tomar un baño tibio y prolongado, ni os priveis de haceros una inyección. Siguiendo este programa concienzudamente, si no pezcais una purgación, es que hay un Dios que os protege.

líneas toda la etiología de la blenorragia. Esta teoría flogogénica privó mucho tiempo y fué sostenida por hombres de gran autoridad.

La escuela de Lyon, al contrario, sostuvo siempre la teoría de la virulencia. Según ella, toda blenorragia provenía de otra blenorragia de principio virulento mal definido. Para M. Rollet el glóbulo de pus era el vehículo.

Donné fué el primero en señalar la presencia de parásitos en el pus blenorrágico (*vibriolineola* y *trichomonas*), pero les dió muy poca importancia.

Jousseaume (1862) atribuía la enfermedad á una alga de filamentos bastante largos, á la que le dió el nombre de *genitalia*.

En 1872 Hallier señaló en el pus blenorrágico y en el interior de los glóbulos de pus la presencia de micro-organismos; pero Neisser fué quien demostró la presencia de un micrococo especial en el pus blenorrágico y más particularmente en la oftalmía blenorrágica. Los estudios de este sabio fueron tan completos, que hoy al microbio de la blenorragia se le designa con el nombre de *microbio de Neisser*. Se le llama también *gonococo* y *micrococcus gonorrhæ*.

GONOCOCO (1)

Morfología y dimensiones.—En el pus blenorrágico fresco, sin someterlo á la acción de un

(1) A la amabilidad de mi buen amigo y compañero, el señor Br. don Alejandro Alemán, debo la publicación de estos datos relativos al gonococo.

reactivo, se descubre el gonococo bajo el aspecto de puntitos ovoideos, refringentes, que se aclaran ú obscurecen según la posición del objetivo, y que están dotados de ligeros movimientos rotatorios y oscilatarios. Con grandes aumentos, y sobre todo, coloreándolos, se ve que cada puntito está formado por otros dos (diplococos) aplicado el uno al otro por una cara aplanada, que en ocasiones llega á hacerse cóncava, dándoles un aspecto reniforme.

Estos diplococos raras veces se encuentran aislados, otras se hayan reunidos de cuatro en cuatro (tetrágeno), más á menudo formando grupos ó *amas* de 10 y hasta de más de 100, pero siempre, aún estando agrupados, se nota la línea de separación entre los dos cocos de cada diplococo. Nunca se les ve formando cadenitas (estreptococos), y los grupos ó *amas* se observan con más frecuencia en el interior de los glóbulos de pus ó células epiteliales que fuera de ellos.

Las dimensiones de los gonococos dependen de su edad y de los medios en que se encuentran, siendo más pequeños los intra que los extracelulares. Así, mientras que los diámetros de los primeros están comprendidos entre 0, 2 y 0, 4 μ, los de los segundos varían entre 0, 3 y 0, 6 y aún 0, 8 μ.

Localización.—Se ha encontrado el gonococo en el pus procedente de la uretra, de la vejiga, de la vagina, del útero, de la conjuntiva, de las articulaciones y hasta de la mucosa nasal (afecciones específicas).

Este microbio tiene la particularidad de irse á

las capas más profundas de las mucosas afectas, siendo por lo mismo más difícil atacarlo directamente con los antisépticos.

Cultivos.—El gonoco se cultiva con mucha facilidad en ciertos medios naturales. Eso lo vemos á cada rato al producirse el contagio, pasando de un individuo enfermo á otro sano. Basta depositar una partícula insignificante de pus blenorrágico fresco en la uretra y en la conjuntiva sanas, para que se desarrolle casi siempre una blenorragia ó una conjuntivitis blenorrágica típicas. Parece, pues, que en las vías génito urinarias y en el ojo humanos hay excelentes medios de cultivo para el microbio en cuestión. No sucede lo mismo con los animales que se muestran refractarios á la blenorragia.

Las culturas en medios artificiales son muy difíciles de obtener. Sin embargo, se han hecho cultivos.

1º En suero de sangre humana solo y coagulado (Krause Bümm), ó adicionado de suero de sangre de ternera, de carnero ó de buey (Cornil y Babés), ó bien solidificado por la gelatina ó el agar-agar (Leistikou y Lœffler, Bümm y Oppenheimer).

2º En caldo de buey (Constantin Paul).

3º En caldo de extracto de carne solidificado con agar-agar (Crivelli), ó con gelatina.

No están de acuerdo los autores en el resultado obtenido con los cultivos en medios diferentes del suero sanguíneo, y parece que el desarrollo en esos medios de otros micro-organismos que no son el gonococo, aunque se le parezcan mucho, pro

su forma, saprofitos ó patógenos, y que lo acompañan con mucha frecuencia, ha inducido muchas veces á error (Flugge).

Las inoculaciones con culturas artificiales no siempre han dado resultados positivos y las estadísticas son muy deficientes, debido sobre todo á que esas experiencias raras veces se pueden hacer en el hombre y á que los animales son refractarios á la afección. No obstante eso, los autores que han hecho cultivos en sueros sanguíneos (Cornil y Babés, Bokai, Bockardt, etc.) citan hechos muy concluyentes.

El estudio del microbio de Neisser en sus diferentes medios de cultivo, naturales ó artificiales, conduce á los resultados siguientes respecto á sus *caracteres biológicos*,

El gonococo no se desarrolla á la temperatura ambiente. Necesita un calor que no baje de 30° para germinar (Bümm). Por otra parte, un calor que pase de 38° lo mata más ó menos pronto. Los límites de temperatura entre los cuales puede vivir son, pues, 30° mínino y 38° máximo. Pero lo más favorable para su desarrollo está comprendido entre 32° y 34°.

Según Crivelli, el gonococo sería aerobio, puesto que no lo ha visto desarrollarse más que en la superficie de los medios de cultivo empleados por él; pero el hecho de encontrarse en pleno desarrollo en las articulaciones (artritis blenorrágicas), donde no podría ponerse en contacto con el aire que necesitaría para vivir, tal vez nos podría indicar que es anaerobio, cuando menos anaerobio facultativo.

El gonococo se multiplica por división (Welander). Esta división nunca se verifica en el interior de los glóbulos de pus; muy raras veces en el interior de las células epiteliales, y casi siempre fuera de esos elementos, en el seno del líquido en que se encuentran libres.

El gonococo puede soportar la desecación por algún tiempo (algunas semanas) sin perder su vitalidad (Dubief); aunque perdiendo mucha y tal vez toda su virulencia (Welander).

En los cultivos naturales (uretritis específicas), después del período de desarrollo, el número y la virulencia de los gonococos van disminuyendo á medida que se alejan del principio de la enfermedad, de tal modo que en algunas uretritis crónicas se hace muy difícil demostrar su presencia y hasta puede dejar de existir, debiéndose entonces la supuración á otros micro-organismos ó á los trastornos anatómicos ó histológicos producidos anteriormente.

El microbio de Neisser se asocia con mucha frecuencia á otras especies diferentes. En la mujer es muy raro encontrar el gonococo puro.

Técnica.—El pus blenorrágico se puede examinar directamente al microscopio, sin someterlo á la acción de ninguna sustancia colorante; es verdad que de esa manera no se aprecian bien sus detalles, pero ese es el único medio de observar sus movimientos.

Para que el pus que se examine contenga el gonococo lo más puro posible, se deben tomar ciertas precauciones al recogerlo.

Se preferirá una blenorragia aguda que tenga

ya algunos días y que no haya sido tratada antisépticamente.

Se hace orinar al enfermo, desinfectando antes el glande y el meato, y en seguida, con una pipeta esterilizada, se extrae el pus lo más profundamente que se pueda de la uretra. Se deposita una gota de ese pus en un vidrio porta-objeto, se la cubre con una laminilla y se la examina con un aumento que no baje de 600 á 800 diámetros.

Coloración.—La coloración del gonococo se puede hacer con distintas sustancias colorantes: azul de metileno, violeta de genciana, fuchsina, etc., (en soluciones acuosas de Eherlich, de Ziel, etc.). La solución acuosa de fuchsina es la que mejores resultados ha dado en nuestro Laboratorio Bacteriológico.

Se procede del modo siguiente: Una gotita de pus extraída como queda dicho, se deposita en una laminilla y se cubre con otra; se comprimen ligeramente entre los dedos, se separan por deslizamiento y se dejan secar al aire libre. Ya secas, se pasan tres veces por la llama de la lámpara de alcohol, cuidando de que mire á la llama la cara que no tenga pus, y se sumerjen en el líquido colorante, en el cual pueden permanecer desde algunos minutos hasta un cuarto de hora. Se extraen del líquido las laminillas, se lavan con un chorrito de agua destilada, se deshidratan y se montan al xilol ó mejor al bálsamo del Canadá.

El gonococo se decolora por el método de Gram (1).

(1) Helo aquí: Se extiende una capa delgada de pus sobre una laminilla, se la deseca por evaporación (ayudándose con una pera de caucho); después se colora la laminilla con rubina en solución alcohólica. Cuando la preparación está seca, se la lava con agua hasta quitar el exceso de materia colorante y se la sumerge en el líquido de Gram: yodo 1, yoduro de potasio 2, agua 300 gramos. Se deja la preparación algunos minutos en contacto con la solución y se lava con alcohol absoluto. Los gonococos se decoloran enteramente.

Caracteres diferenciales.—Se ha dicho ya que el pus blenorrágico, además del gonococo, puede contener y contiene generalmente otras especies de micro-organismos, algunos de los cuales son cocos también, reunidos de dos en dos (diplococos) y que pudieran confundirse fácilmente con él si no se atendieran á ciertos caracteres que le son propios.

Por otra parte, hay uretritis que no son específicas (*pseudo blenorragias* producidas por el *pseudo gococo* (Bockardt y Wolf); *uretritis bacilares* dadas por mujeres leucorréicas; *uretritis sifilíticas, gotosas, diabéticas, herpéticas, papilomatosas*, etc. (Finger, Buggs, Oberlander, etc.). Es, pues, de gran importancia diagnosticar, hacer la distinción entre el microbio de Neisser y los otros micro-organismos que pueden encontrarse en las supuraciones uretrales. Esa distinción puede fundarse en los caracteres micrográficos y en los caracteres biológicos.

A. Caracteres micrográficos.—1º Casi todas las especies que se encuentran en la uretra se conducen del mismo modo en presencia de los agentes colorantes; por consiguiente, la coloración por sí sola no nos suministra datos suficientes para hacer la distinción. Sin embargo, la decoloración del gonococo por el método de Gram puede servir de mucho en este caso.

2º—Las dimensiones del gonococo son en general menores que las del *orquiococo* y mayores que las de las otras especies uretrales; pero esto no sería un carácter suficiente, puesto que esas magnitudes, dependiendo de la edad y del medio en que

se encuentran los microbios (Senn), variarían bastante aun en individuos de la misma especie.

3º—El carácter principal, propio y exclusivo del gonococo es el de encontrarse en el interior mismo de las células de pus ó epiteliales, en su protoplasma, ocupando los espacios que les dejan libres los núcleos celulares. Según Bümm, el microbio de la *cistitis puerperal* tiene también ese carácter, pero habría que preguntarse si esa cistitis no sería debida en muchos casos al acceso en la vejiga del mismo gonococo, dada la disposición tan especial de los órganos génito-urinarios femeninos, las condiciones en que se encuentran esos órganos en el puerperio y la frecuencia con que se observa la conjuntivitis blenorrágica de los recién nacidos.

B. Caracteres biológicos.—El microbio de Neisser es de un cultivo muy difícil y muy delicado: necesita medios nutritivos especiales y gran regularidad en la temperatura (31° á 35°?). Su cultivo en gelatina ó en agar-agar es problemático.

Los otros diplococos (pseudo gonococo, orquiococo, etc.) se cultivan más fácilmente y entre límites más extensos de temperatura, viviendo también en gelatina, agar-agar, peptona y caldos.

El pseudo gonococo y el orquiococo se pueden conservar largo tiempo en estos cultivos artificiales; el microbio de Neisser no dura sino muy pocos días (talvez ni 5), á no ser que se reinocule con mucha frecuencia (cada 3 días, por lo menos).

Bien conocidos son los efectos producidos por el gonococo y su localización. El pseudo gonococo y el orquiococo no producen esos efectos: el

primero podría causar fenómenos supurativos, pero no específicos (?); el segundo no produce trastorno alguno ni en la uretra ni en la conjuntiva, pero sí se le ha visto reproducir la orquitis en el hombre y en el perro (Brouardel).

En resumen, la presencia de diplococos en el interior de las células de pus ó epiteliales, y su decoloración por el método de Gram, son los caracteres más prácticos y seguros para averiguar si una uretritis es ó no específica.

BLENORRAGIA AGUDA.

Marcha de la blenorragia aguda. Período prodrómico, de estado y de declinación.—Entre el coito y el primer síntoma de la blenorragia, es necesario contar siempre un poco más de 48 horas, en ciertos casos 8 días y á veces mayor tiempo. ¿Es este un período de incubación? El Dr. Horteloup no lo cree, y según él este tiempo que trascurre es una simple preparación ó una evolución de la enfermedad. ¿Por qué llamar, dice él recordando á Ricord, período de incubación á las pocas horas que trascurren entre un enfriamiento de los pies y el principio de un coriza?

Para la primera blenorragia, este período de evolución es á menudo más largo que para las siguientes. La razón de esto es muy sencilla, puesto que las nuevas purgaciones no son más que recrudescencias de una antigua que se creía curada, y que una circunstancia imprevista basta para despertar.

El primer fenómeno que anuncia una blenorragia, es una sensación de calor al nivel de la fosa navicular. Algunas horas más tarde los labios del meato se aglutinan, el glande se congestiona ligeramente y se ve aparecer una gota de un líquido opalino. Después de una duración de cuatro ó cinco días, la blenorragia se confirma y entra en el período de estado.

El síntoma dominante de todo este segundo período es el dolor, que se manifiesta durante la micción y sobre todo durante las erecciones.

Este dolor tan penoso de las micciones es debido al desplegamiento de la mucosa tumefacta, y más que todo al paso de la orina que presenta caracteres especiales, haciéndose, gracias á las bebidas que toman los enfermos, menos ácidas que de ordinario.

Durante la noche principalmente, los pacientes son atormentados por erecciones muy dolorosas que atribuyen al calor del lecho ó al contacto de las ropas, pero cuya verdadera causa es un fenómeno reflejo que tiene por origen el hinchamiento de la mucosa y la plenitud de la vejiga.

El pene, además de la rubicundez del glande y de la tumefacción de los labios del meato, sufre, bajo la influencia de la génesis de la circulación, cambios de aspecto que varían según que el enfermo lleve el glande cubierto ó descubierto.

En los primeros el prepucio se hincha, se alarga, toma una coloración rojo-violácea, y no se le puede llevar hacia atrás para ver salir el pus del canal de la uretra.

En los segundos se forma por debajo del glande un hinchamiento cutáneo parecido al buche del parafímosis.

Palpando el pene, se comprueba que todo el canal de la uretra es duro y resistente; como no puede alargarse da entonces al miembro viril una forma de arco cuya cuerda sería la uretra. De allí el nombre de *garabatillo* con que á veces designa el vulgo á las blenorragias en que domina este síntoma.

El punto capital de la sintomatología de la blenorragia es la secreción purulenta. Durante los prodromos el flujo es mucoso, opalino, llega rápidamente á un color blanco, después amarillo, y por último toma el aspecto del pus flegmonoso. Apenas el enfermo ha lavado su canal, orinando por ejemplo, cuando el pus reaparece y se encuentra en el meato una gruesa gota que mancha las ropas y la piel.

Ya vimos anteriormente los caracteres del pus blenorrágico al examen microscópico.

El estado agudo de la blenorragia dura de quince á veinte días, después los fenómenos disminuyen y la enfermedad entra en el período de declinación.

El primer síntoma de la declinación es el dolor que se atenúa; la disuria cesa; las erecciones son menos frecuentes; la deformación del pene y la rubicundez del glande desaparecen, y el flujo acaba por tomar un color blanco opalino.

La duración de este tercer período no puede determinarse con fijeza. Bumstead afirma que sin tratamiento ninguno se prolongaría á tres me-

ses. Lo más frecuente es que la enfermedad abandonada á sí misma pase al estado crónico.

No hablo del tratamiento de la blenorragia porque traspasaría los límites de este modesto trabajo. Unicamente quiero insistir sobre un punto muy importante, si se desea la eficacia de la terapéutica que se elija en el tratamiento de una blenorragia. Cuando el método abortivo ha fracasado, es decir, cuando se ha tenido oportunidad de combatir la blenorragia en las primeras 36 ó 48 horas y no se ha conseguido curarla, no hay qué precipitarse y seguir sobre la marcha con un nuevo tratamiento, porque entonces todo esfuerzo será inútil. Es necesario esperar que pase el período agudo y atacar la enfermedad cuando, por decirlo así, *esté madura.* Tomando entre el pulgar y el índice una gota de pus, si los dedos se adhieren y si al separarlos se forma un hilo como de un centímetro de largo, se obtendrá una señal segura de que los síntomas agudos han disminuido, y que, por consiguiente, ha llegado el momento oportuno de intervenir.

Las anteriores consideraciones me parecen suficientes para entrar de lleno en el estudio de las uretritis crónicas.

Segunda Parte.

Uretritis crónicas, su origen, su división en anteriores y posteriores.—Las uretritis crónicas tienen generalmente por origen una blenorragia que ha sido mal tratada ó que se la ha abandonado á sí misma. Las inyecciones empleadas desde el principio de la enfermedad, sin esperar á que se presente el período oportuno de que he hablado más arriba, pueden considerarse como el mejor medio para favorecer la cronicidad.

Otra causa que puede influir en que una blenorragia pase al estado crónico es la cesación rápida del tratamiento. Es necesario prolongarlo durante ocho ó diez días después de la desaparición de todos los síntomas, porque basta la persistencia de un punto enfermo insignificante para que sea el origen de nuevas invasiones inflamatorias. La cesación del tratamiento le da al enfermo la convicción de que se ha curado, y, bajo el pretexto de las privaciones que se ha impuesto, se entrega con más ahinco á su antiguo modo de vivir. El coito, el vino, la cerveza, vienen á aumentar las probabilidades del contagio, y la más ligera gota virulenta encuentra un terreno propio para germinar. De allí las continuas recaidas que al fin terminan por una uretritis crónica.

Las constituciones tienen también una influencia considerable. El herpetismo, el artritismo y el linfatismo son otros tantos factores de las uretritis crónicas.

Algunos cirujanos les dan á las estrecheces del canal de la uretra un papel importante en la patogenia de las uretritis crónicas, pero otros niegan rotundamente esta influencia.

Las *uretritis crónicas* se han dividido en *anteriores* y *posteriores*, según que la inflamación se localice en la uretra anterior ó posterior.

Pero antes de pasar adelante, veamos qué es lo que en clínica se entiende por *uretra anterior* y *uretra posterior*.

Sabemos que anatómicamente el canal de la uretra se divide en tres porciones: la *esponjiosa*, la *membranosa* y la *prostática*. Esta división que responde perfectamente á las exigencias anatómicas, es insuficiente desde el punto de vista clínico.

"El cateterismo practicado sobre el cadáver en las 48 primeras horas que siguen á la muerte, dice Guyon, da resultados perfectamente concordantes. La sonda recorre fácilmente las porciones peneana y escrotal, penetra en el periné y después se detiene bruscamente. Si, conservando el instrumento en ese lugar, se diseca la región, se comprueba que el pico de la sonda ha chocado contra la porción membranosa herméticamente cerrada. Introducida por la vejiga, la sonda atraviesa sin dificultad el cuello y la porción prostática, pero apenas ha franqueado la próstata sufre una nueva detención. En cualquier sentido que se practique la exploración, el resultado es el mismo: hay un obstáculo al nivel de la porción membranosa rígida y cerrada, y no se le vence sino con un instrumento duro y gracias á cierta presión. Una vez vencida la resistencia no se

reproduce más, y los cateterismos ulteriores se practican sin la menor dificultad."

Este esfínter de la porción membranosa (1), establece en la uretra una separación clara y neta que el cirujano debe tener en cuenta. La *uretra anterior* que se extiende del meato al pubis, y la *uretra profunda* ó *posterior* que va del pubis al cuello de la vejiga. Según, pues, que las uretritis crónicas se localicen en una ó en otra porción, recibirán el nombre de *anteriores* ó *posteriores.*

Diagnóstico diferencial de la uretritis crónica anterior y posterior.—La *uretritis crónica anterior* es precedida siempre de una blenorragia aguda cuyos síntomas se han atenuado lentamente. Sus síntomas subjetivos son casi insignificantes: un poco de calor en el meato, y á veces una ligera sensación de quemadura.

Los síntomas objetivos son más importantes: generalmente los enfermos perciben todas las mañanas una gota en la extremidad del pene. Esta gota es muy variable: por lo general es de un color blanco amarillento ó blanco lechoso, muy líquida, al grado de que es fácilmente destruida

[1] De este esfínter dice Sappey lo siguiente: "Consideradas las fibras musculares que lo componen) en su modo de acción, representan un verdadero anillo, poderoso por su considerable número, y por su dirección, pues todas son perpendiculaers al eje del conducto. Añádase que este esfínter, compuesto exclusivamente de fibras estriadas, está dotado de una acción instantánea. Bajo la influencia de causas muy diversas, puede contraerse con bastante energía para oponerse al cateterismo, y de este modo la porción membranosa es el asiento de estrecheces espasmódicas. Después de la muerte conserva á veces una rigidez que todavía puede oponerse al paso de la sonda."

por el contacto de las ropas; otras veces forma un verdadero tapón que es necesario arrancarlo de los labios del meato, y otras es una simple serosidad gomosa la que los aglutina.

La *uretritis crónica posterior* aparece siempre en el curso de una anterior, y como en ésta, los enfermos se quejan de percibir todas las mañanas una gota purulenta en la extremidad del meato, gota á la que ellos dan el nombre de *militar*. Se diferencia de la que hemos hablado más arriba, en que no brota expontáneamente, sino que casi siempre es necesario comprimir todo el canal de la uretra de atrás á adelante para hacerla aparecer.

Cuando se interroga á un enfermo que padece uretritis posterior, se reconoce que el primer síntoma es un poco de frecuencia en la micción que se verifica cada hora y media ó cada hora.

Esta necesidad de orinar se hace cada vez más frecuente y presenta modificaciones curiosas después de la defecación y del coito. Después de la defecación los enfermos no experimentan absolutamente ningún alivio, sufren, al contrario, una necesidad absoluta de orinar, y como la orina de la vejiga se ha evacuado durante la defecación, continuan padeciendo esa necesidad hasta la micción siguiente. Después del coito se presentan síntomas análogos.

Pero la mejor manera de hacer un diagnóstico diferencial de la uretritis anterior y posterior, es valiéndose del procedimiento llamado de los dos vasos (experiencia de Thompson), ó por medio de un explorador olivar de goma.

Se le recomienda al enfermo que por la mañana, al despertar, orine la mitad poco más ó menos del contenido de su vejiga en un vaso limpio, y la otra mitad en otro vaso. Por este procedimiento, el primer chorro de orina lava el canal y arrastra todo lo que en él se encuentre; el segundo chorro pasa por un canal limpio. En una uretritis crónica anterior se encontrará el primer vaso lleno de un líquido turbio y el segundo de un líquido claro. En una uretritis crónica posterior el segundo vaso contendrá una orina turbia y llena de filamentos.

Con el explorador de goma de extremidad olivar, se procede de la manera siguiente:

Se le recomienda al enfermo que permanezca sin orinar, durante cuatro horas por lo menos, antes de la exploración que se va á practicar.

Se colocará al paciente sentado, apoyado en el reborde de la silla de exploración; las piernas estarán en ligera flexión y alejadas. Se colocará entre ellas una vasija para recibir los líquidos.

Se introduce en la uretra un explorador de goma de extremidad olivar número 14 ó 15.

Se empuja suavemente este explorador hasta que se sienta una ligera resistencia que se halla poco más ó menos á seis centímetros del meato. Esta resistencia es debida á la contracción del esfínter uretral que, cuando á su nivel está irritada la mucosa, se contrae espasmódicamente y produce una especie de oclusión que se franquearía si se forzáse un poco, lo que se debe tener buen cuidado de evitar.

Se retira entonces el explorador imprimiéndole ligeros movimientos de rotación, y sale con el talón de la oliva cubierto de pus.

Hay absoluta certeza entonces de que el pus existe en el fondo de saco de la región membranosa, sobre todo si antes de penetrar hasta este punto se ha retirado en diversas ocasiones el explorador sin que traiga una sola gota de pus.

Se hacen entonces con un poco de agua tibia lavados sucesivos con una media geringa de toda la región anterior, hasta que el agua salga completamente clara y sin tener en suspensión pequeñas partículas purulentas.

Se introduce un segundo explorador olivar y se le empuja hasta la entrada de la porción menbranosa.

Se le hace penetrar suavemente por detrás del esfínter uretral á una profundidad de tres centímetros poco más ó menos. Se le retira entonces lentamente imprimiéndole ligeros movimientos de rotación; sucede á menudo que este primer sondeo de la parte posterior no trae nada, mientras que en un segundo practicado inmediatamente después, el talón de la oliva vendrá cargado de un pus seroso mezclado con el líquido prostático.

Si después de este último sondeo viene la oliva cargada de pus, la uretritis crónica es posterior, es decir, que la inflamación se encuentra en los tres ó cuatro últimos centímetros de la uretra.

Pronóstico.—No hay nada más embarazoso para el médico que el pronóstico de una uretritis crónica. Hay algunas que no se curan jamás·

Ricord asistió á un enfermo que padecía una gota militar desde hacía cuarenta años, y Desormeaux á otro que la llevaba desde hacía cincuenta.

De un enfermo que padece uretritis crónica pueden esperarse todas las complicaciones de parte del aparato génito-urinario: foliculitis, cowperitis, epididimitis, cistitis, prostatitis, nefritis y hasta aparición de tubérculos prostáticos.

La recrudescencia de la uretritis crónica es uno de los fenómenos más frecuentes, y que contribuye en gran parte á que en algunos pacientes sea cada vez más larga y difícil la curación.

Se ha dado mucha importancia á las uretritis crónicas en la génesis de las estrecheces uretrales; pero así como anteriormente hemos visto que una estrechez no puede dar nacimiento á una uretritis crónica, así hoy parece demostrado que tampoco una uretritis crónica puede producir una estrechez del canal. Esta complicación se le puede atribuir más bien á una blenoraagia.

Por último hay algunos desgraciados enfermos nerviosos en quienes una uretritis crónica produce tan profunda impresión, que, como decía Ricord, es necesario colocar á veces la blenorragia crónica en la patología mental (1).

Más adelante hablaré de algo más grave todavía, que se refiere á averiguar si la uretritis crónica es contagiosa, y si el médico puede autorizar el matrimonio en tales condiciones.

---

(1) Mi amigo el doctor don Ernesto Mencos, 2º médico del Manicomio de esta ciudad, me ha referido que al establecimiento de su cargo ingresaron dos infelices enajenados cuya locura provenía del padecimiento de una vieja y rebelde uretritis crónica. Tan luego como curaron de ella, desapareció el trastorno mental.

Tratamiento.—Sin pasar en revista la infinidad de tratamientos y de específicos que se han preconizado para la curación de las uretritis crónicas, sólo hablaré aquí de dos procedimientos que en mi concepto son los únicos racionales y eficaces, procedimientos que varían según que la uretritis sea anterior ó posterior. Me refiero á los lavados con el permanganato de potasa y á las instilaciones del profesor Guyon.

Uretritis anterior. Lavados con el permanganato de potasa.—A los que deseen formarse idea exacta del tratamiento de la uretritis crónica anterior por medio de los lavados con permanganato de potasa, les recomiendo la lectura del artículo que en el número 7 del tomo II de *La Escuela de Medicina*, publicó mi distinguido compañero el señor Br. don Antonio López Villa. De allí extracto los siguientes datos:

"El aparato para el lavado de la uretra se compone de un recipiente provisto en su parte inferior de una abertura á la que se adapta un tubo de caucho de dos metros de largo, terminada en una cánula llamada de Janet. Esta cánula es un cilindro de vidrio de 9 centímetros de largo por 15 milímetros de diámetro; una de sus extremidades se adapta al tubo de caucho, y la otra, cónica, está destinada á ser introducida en el meato.

Para lavar la uretra anterior se coloca el recipiente á 60 centímetros de altura.

La cantidad de líquido para cada lavado es de litro y medio, y su temperatura de 35°.

Los lavados se harán cada 12 ó cada 24 horas,

según los casos, y las soluciones de permanganato se harán del 1 por 1,000 al 1 por 4,000.

El manual operatorio es muy sencillo: se sienta al enfermo sobre el borde de una silla y se cubren las rodillas y los muslos con un ahulado cuyo borde inferior cae en un cubeta colocada entre los pies. El bock irrigador se coloca en una tablita graduada y fija en el muro. Tomando el pene cerca del glande, entre los dedos pulgar é índice de la mano izquierda, se toma con los tres primeros dedos de la mano derecha el tubo de caucho cerca de la cánula, á manera de poder con débiles presiones interrumpir la llegada del líquido. Al principio se dirije el chorro sobre el meato y el glande para hacer la antisepsia, luego directamente sobre el meato, separando sus labios para facilitar la introducción de la extremidad cónica de la cánula, que debe obturarle perfectamente, de manera que el líquido llene la uretra y la distienda: la mano derecha comprime entonces el tubo para interrumpir la corriente al mismo tiempo que retira un poco la cánula; de este modo el líquido que llenaba la uretra se vierte al exterior. El lavado se continua así por movimientos que tapan y destapan alternativamente el meato. Ocho ó diez lavados bastan generalmente para curar radicalmente una uretritis crónica anterior.

Uretritis crónica posterior. Instilaciones.—Á veces una uretritis crónica posterior cede con los lavados de permanganato. Para ello es necesario colocar el bock irrigador á una altura de metro y medio. De esta manera, gracias á la ma-

yor presión, el líquido penetra hasta la uretra posterior y la vejiga. Se introduce la cánula hasta cerrar completamente el meato contra el que se la mantiene sólidamente aplicada. El enfermo debe respirar profundamente y procurar no hacer esfuerzos. El líquido penetra entonces perfectamente hasta la vejiga, de lo que el enfermo se da cuenta. Al cabo de un tiempo variable, la necesidad de orinar se hace sentir; en este momento se retira la cánula y se deja orinar al enfermo, teniendo cuidado mientras lo hace de comprimir el glande muchas veces de manera que se asegure la tensión del canal á la vuelta como á la ida del líquido. Se principia de nuevo el lavado cuando la vejiga esté vacía, continuando así hasta cuatro ó cinco veces.

Cuando los lavados no bastan, se recurre á las *instilaciones* del profesor Guyon.

El aparato se compone de una jeringa semejante á las de inyecciones hipodérmicas, pero cuatro ó cinco veces más grande. Esta jeringa está provista de una cánula que lleva en la superficie exterior de su extremidad algunas vueltas de tornillo.

La segunda pieza del aparato es una sonda muy fina en cuyo extremo se halla una oliva perforada del número 15 á 18.

Para servirse del aparato se carga la jeringa con una solución de nitrato de plata de 5 á 20 por 100, según el efecto que se desee producir.

Se introduce la extremidad de la cánula en el cabo cilíndrico de la sonda y se la fija bien, gracias á las vueltas de tornillo.

Se llena la sonda de la solución de nitrato de plata empujando el pistón de la jeringa con algunas vueltas de tornillo, de manera que cuando la

oliva se halle en la uretra y llegue al punto inflamado, cada vuelta de tornillo que se le dé al pistón, corresponda exactamente á la aplicación de una gota de la solución sobre la mucosa.

Se introduce entonces la sonda en el canal y se la empuja hasta que haya franqueado la resistencia de la porción membranosa. En este momento se le dan tantas vueltas al pistón cuantas gotas se quieran dejar en la uretra.

Ordinariamente bastan tres ó cinco gotas para que toda la mucosa de la uretra posterior sea tocada. Si se instila mayor número, el nitrato de plata va á obrar sobre el cuello de la vejiga y produce penosos espasmos en este órgano.

Estas maniobras son poco dolorosas en el momento en que se las practica, y no es sino al cabo de algunos minutos cuando el enfermo siente algo como una quemadura en la profundidad de la uretra, del lado del ano, y una necesidad de orinar frecuentemente, con un poco de tenesmo vesical y anal.

Las instilaciones se repetirán diariamente ó cada dos días según los casos, y bastan ordinariamente ocho ó diez para curar radicalmente gotas militares antiguas que han resistido durante muchos años á todos los los demás tratamientos. (1).

---

[1] El Dr. A. Brissay [de Río Janeiro] ha introducido en el procedimiento de Guyon las siguientes modificaciones muy útiles desde el punto de vista antiséptico:

Antes de practicar la instalación hace orinar al enfermo é introduce en la parte posterior del canal una considerable cantidad de agua tibia boricada que va á caer á la vejiga. De esta manera queda la uretra desembarazada de sus mucosidades, y sobre todo de la orina que la humedece.

Siguiendo esta práctica, el nitrato de plata no se descompone en cloruro inactivo por el contacto de las sales de la orina que encuentra en el canal, y produce su mayor efecto sobre la mucosa enferma. Además, el agua introducida en la vejiga diluye el nitrato de plata que podía caer allí y lo hace inofensivo.

Tercera Parte.

Inspirándome en un trabajo que el Dr. Julio Janet publicó en los *Anales des maladies des organes genito-urinaires* en el mes de agosto de 1893, trataré, como complemento de este incorrecto trabajo, algo sobre las relaciones que hay entre la blenorragia y el matrimonio, y á las condiciones en las que el médico está autorizado para dejar casarse á un antiguo blenorrágico.

Salta á la vista que esta cuestión encierra en sí trascendentales resultados según la solución que se le dé, pero antes de tratarla es necesario hacer, como el Dr. Janet, un estudio de las condiciones de receptividad de las vías génito-urinarias del hombre y de la mujer para las diferentes afecciones microbianas.

Receptividad uretral del hombre.—La uretra del hombre es poco accesible á las infecciones, y en su estado normal se la puede considerar como clínicamente aséptica, con excepción de la fosa navicular y el meato. Fuera del gonococo, dificilmente se deja invadir por los otros microbios, y los raros casos de infección uretral que de ellos se citan, han curado en pocos días bajo la influencia de algunos lavados con sublimado.

Pero si la uretra es inmune para todos los microbios no lo es para el gonococo, al que se le puede considerar como su principal enemigo ó invasor específico. Una vez que el contagio se ha ve-

rificado y que ha aparecido la blenorragia con todo su cortejo sintomático, si la enfermedad dura poco—sea porque se la ha hecho abortar ó porque se ha seguido un buen tratamiento—y si el gonococo desaparece del todo, la uretra recupera su primitiva inmunidad para las infecciones. Si al contrario, la invasión gonocócica dura más tiempo, ó si durando poco nuevas infecciones se presentan en cortos intervalos, si en fin la uretra es pervertida por malos tratamientos, entonces cambia la escena. Modificada anatómica y fisiológicamente, no recobra sus propiedades primitivas: su epitelium cilíndrico se trasforma en plano estratificado; sus glándulas, dilatadas por obstrucción parcial de sus orificios, hacen una secreción abundante; en fin, la mucosa más ó menos infiltrada de elementos embrionarios ha perdido una parte de su elasticidad normal. La uretra no se vacía debidamente; retiene las últimas gotas de orina que se escapan lentamente y que pronto son reemplazadas por secreciones glandulares abundantes y numerosos productos de diapedesis y descamación, exagerados todavía por la irritación que produce el paso de esta orina sobre una mucosa alterada.

Este estado hace variar el primitivo modo de ser de la uretra; su inmunidad se convierte en una receptividad exagerada, y en lugar de resistir á las colonias microbianas que pululan en el meato, se deja invadir facilmente por ellas. Si estas colonias triunfan, con mayor razón lo harán los gonococos y los diferentes microbios de la vagina de las mujeres. De allí la historia de esos desgracia-

dos enfermos que á cada instante pezcan una purgación en donde un hombre sano no la tomaría jamás.

Tal es, dice el Dr. Janet, el sentido que es necesario darle á esa noción tan esparcida de que la primera blenorragia no se cura nunca, y de que las siguientes no son sino consecuencias de la primera.

RECEPTIVIDAD DE LAS VÍAS GENITALES DE LA MUJER.—Las vías génito-urinarias de la mujer, y en particular el útero, son infinitamente más accesibles que las del hombre á las diversas infecciones. En la mujer son frecuentemente primitivas, mientras que, en la inmensa mayoría de los casos, en el hombre son secundarios á la infección gonocócica. En otros términos: las infecciones diversas (bacterias y cocos) pueden invadir un útero primitivamente sano.

¿De dónde viene este desgraciado privilegio de que la mujer sana no goce de la misma inmunidad que el hombre sano? Esta inferioridad del sexo femenino sobre el nuestro, tiene para el doctor Janet la explicación de que se produce en la mujer, á consecuencia de los períodos menstruales, un estado momentáneo muy análogo al que se verifica en el hombre después de una larga infección gonocócica. Las secreciones sero-mucosas abundantes constituyen un excelente terreno de cultura, y la congestión uterina contribuye grandemente á la absorción.

Por otra parte, las modificaciones anatomo-patológicas que se producen después del parto, bas-

tan para contribuir á las infecciones del útero. De allí todas esas metritis y salpingitis post-puerperales que se presentan en mujeres que antes de sus partos habían podido escapar á las infecciones de sus esposos.

Blenorragia y matrimonio.—De lo expuesto anteriormente se deduce la importancia capital de esos hechos en sus relaciones con el matrimonio. Ya hemos visto cuán accesible es la uretra del hombre á toda clase de infecciones una vez que, en ciertas circunstancias, la gonocócica se ha efectuado, y ya hemos visto también cómo el útero sano, sin necesidad de anteriores infecciones, se deja invadir por toda clase de micro-organismos.

Ahora bien, ¿una uretritis crónica es, contrariamente á lo que antes se creía, contagiosa? Si es específica, si contiene el microbio de Neisser, evidentemente que sí. Pero hemos tenido oportunidad de ver que hay uretritis crónicas de otro carácter (pseudo blenorrágicas, bacilares, etc.). Estas se manifiestan en uretras modificadas profundamente, que han perdido su primitiva inmunidad, la cual se ha convertido en receptividad exagerada; es evidente que los microbios que allí pululan conserven toda su virulencia, y en tales circunstancias ¿por qué el útero ha de escapar de la infección, cuando hemos visto su excesiva receptividad, cuando, por ejemplo, esté en el período menstrual ó en el puerperio? Se puede asegurar, pues, sin temor de equivocarse, que en la mayoría de las veces las enfermedades de los órganos génito-urinarios de la mujer tienen por origen el

contagio de una uretra infectada. Si el médico interviene á tiempo, si le prohibe, por ejemplo, el matrimonio á un individuo que padezca una uretritis crónica específica, se evitará después toda esa serie de intervenciones en la mujer, que desde el simple raspado hasta la laparotomía se han hecho desgraciadamente de moda en estos últimos tiempos.

A Neisser mismo, desde los primeros estudios que hizo del gonococo, preocupó la cuestión de las restricciones que se deben hacer á este respecto cuando se trata del matrimonio, pero Finger fué quien formuló claramente las condiciones que es necesario exigir á los antiguos blenorrágicos para permitirles el casamiento. Helas aquí:

1ª Carácter puramente epitelial de la secreción, y en particular de los filamentos.

2ª Ausencia completa de gonococos en esta secreción y en estos filamentos, aún después de la irritación artificial de la mucosa por un lavado de la uretra con nitrato de plata ó con sublimado. (Prueba de Neisser 1883).

3ª Estar exento de manifestación local, estrechez, prostatorrea, que necesitaría la prolongación del tratamiento.

La segunda ley no da lugar á ninguna discusión, puesto que salta á la vista su importancia. No sucede lo mismo con la primera y tercera, y así el Doctor Janet propone que se las reduzca á dos.

1ª Ausencia absoluta de gonococos.

2ª Ausencia absoluta de receptividad.

En estas dos leyes quedan comprendidas, en efecto, todas las probabilidades de contagio, pero

es necesario cumplirlas rigurosamente, no permitiendo bajo ningún pretexto que en condiciones sospechosas la unión conyugal se verifique. Así el médico en quien las familias depositen su confianza, se hará digno de ella y les prestará al mismo tiempo inestimable servicio, pues evitará todos esos padecimientos que hacen la desgracia de muchos matrimonios. Rara vez se verá entonces ese variado cortejo de enfermedades del aparato génito-urinario que aflige á las pobres esposas, rara vez se verá la esterilidad desolando los hogares, y nunca presenciaremos ese triste espectáculo de ver á un raquítico recién nacido cuyos ojos son asquerosas bolsas llenas de pus....

Después de lo dicho, creo inútil recomendar el mayor cuidado en el tratamiento de las uretritis crónicas. Antes de todo se debe hacer un buen diagnóstico: averiguar si una uretritis crónica es anterior ó posterior; luego, valiéndose del microscopio, conocer si es específica, y en caso de no serlo saber á qué categoría pertenece. Observar atentamente durante varios días al enfermo para ponerse al tanto del estado de receptividad de la uretra, y después de cumplir religiosamente con estos preceptos, pronunciar el fallo.

Ya que las leyes no pueden inmiscuirse en asuntos de esta naturaleza, ya que no pueden prohibir estas uniones que constituyen un verdadero delito, hagámoslo nosotros y contribuyamos así, en la esfera de nuestras atribuciones, al bienestar y al mejoramiento social.

Pero si á pesar de las prohibiciones del médico el matrimonio se verifica, he aquí la conducta que

debe seguir cuando se le pidan consejos sobre la manera de evitar todo accidente:

Exigirle al marido que acuda al facultativo en cuanto se manifieste la menor recrudescencia uretral.

Prohibirle terminantemente los coitos mientras la inflamación exista.

Aconsejarle que se lave diariamente el meato con sublimato al 1 por 3,000.

Prohirbile absolutamente las relaciones extraconyugales de cualquiera naturaleza que sean.

Recomendarle que no practique el coito sino después de haber orinado, y que se abstenga de toda relación conyugal durante los cinco días que preceden y los cinco que siguen á las reglas.

En caso de parto, abstención completa de toda relación sexual durante los tres primeros meses.

Por último es bueno recomendarle á la mujer que se haga diariamente grandes lavados vaginales con sublimado al 1 por 10,000.

Ya me figuro lo que dirá al médico la mayoría de las gentes al oír las anteriores prescripciones, sobre todo la última que se refiere á los lavados vaginales. "Eso es, clamará escandalizada, profanar los misterios de la cámara nupcial, atacar cínicamente al pudor y convertir á la esposa en vil instrumento para satisfacer apetitos carnales". Pero, pregunto yo: ¿el sagrado y respetable amor conyugal está reñido con la limpieza?, y luego: ¿qué es preferible, tomar una serie de sencillas precauciones de que sólo los cónyuges tienen conocimiento, ó sufrir después en una mesa de gi-

necología bochornosa exhibición de la que siempre debe estar oculto?

Voy más lejos todavía, ya que he entrado en esta clase de apreciaciones: es necesario que el médico haga propaganda, aun entre los matrimonios sanos, por la desinfección cuidadosa de los órganos genitales, por esta *toillete íntima*, si se me permite la expresión. Será esta una saludable costumbre que una vez establecida, vuelvo á decirlo, en nada ofenderá al pudor, puesto que uno de sus principales atributos es la limpieza.

Para concluir, he aquí unos fragmentos que copio del libro que el Dr. Langlebert publicó con el nombre de *Cartas á Emilio*. Las consideraciones que allí se hacen vienen á resumir y á apoyar vigorosamente á las anteriores mías.

"¿Pero qué hacer, me diréis entonces, por qué medios escapar del contagio blenorrágico si la suerte nos pone continuamente á orillas del abismo? Es, sin embargo, el medio sumamente fácil y sencillo, se encuentra por doquiera, está á vuestra mano pronto á serviros. Este preservativo sin igual lo habreis sin duda adivinado ya, es... ¡el agua! simplemente el agua, ó adicionada de algunas gotas de agua de colonia ó de cualquier otro líquido aromático. No dudeis de que la blenorragia sería en el hombre tan rara como hoy es de frecuente, si las mujeres, para llegar á la alcoba, debieran pasar forzosamente por el tocador; si todas, hijas del arroyo ó duquesas, se impusieran el deber de no entregarse sino después de saludables lavados *intus et extra*....... ¡Venus saliendo de las ondas!"

"Desgraciadamente esta precaución tan sencilla y tan fácil es vista con negligencia, ó tan sólo hecha á medias para salvar apariencias. Así, pues, si la mujer no lo hace de *muto propio*, osad pedírselo; pero este es el lado difícil, el punto delicado de la cuestión. Ya por amor propio ó por un sentimiento de galantería mal entendido, el hombre se vanagloría de todo lo que ha hecho por atrapar el mal, en tanto que se avergüenza de todo lo que podría hacer por evitarlo. "Un resto de sentimiento caballeresco, dice M. Diday, preside aún las relaciones más venales; el respeto humano os detiene en los lugares menos respetables. Os parece indiscreto, grosero, poco francés, demostrar ante una dama una desconfianza que ofendería su vanidad y heriría su pudor! Es así, amigo mío, como se hace uno de partido entre las mujeres..... ¡y entre los boticarios!"

Imprímase.	Vº Bº
J. J. Ortega.	Ernesto Mencos.

PROPOSICIONES.

ANATOMÍA	Triángulo de J. L. Petit.
FÍSICA MÉDICA	Imágenes de Purdkinge.
BOTÁNICA MÉDICA	Camacarlata.
ZOOLOGÍA MÉDICA	Sarcoptes scabiei.
FISIOLOGÍA....................	Riñón: teoría de Küss.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA ...	Nitrato de plata.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA	Ptomainas.
PATOLOGÍA EXTERNA............	Tumores en la mama.
PATOLOGÍA INTERNA............	Hipnotismo.
PATOLOGÍA GENERAL	Autopsia clínica.
MEDICINA OPERATORIA.........	Uretrotomía interna.
HIGIENE	Teoría telúrica de Pettenkofer.
MEDICINA LEGAL	Médicos forenses.
OBSTETRICIA	Extracción manual.
TERAPÉUTICA	Acción de la ipecacuana en la disentería.
GINECOLOGÍA	Raspado de la matriz.
BACTERIOLOGÍA	Procedimientos de coloración.
TOXICOLOGÍA	Alcoholismo agudo.
HISTOLOGÍA	Endocardio.
FARMACIA	Porfirización.



